Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa. w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 9 października 1886. № 41. Rok XXV.

I. Przyczynek do chirurgii jelit. Resekcyja znacznéj części jelita (36 cm.) w przypadku przepukliny uwięźniętéj zgorzelą dotkniętéj. Wyleczenie.

Podał
Dr. Roman Barącz,
operator we Lwowie.

Jak postąpić sobie wypada w przypadku uwięźniętéj przepukliny zgorzelinowéj, jest dotąd sprawą nierozstrzygniętą; jedni chirurdzy radzą w tych przypadkach, według dawnego sposobu, zakładać sztuczną odbytnicę i dopiero późniéj resekować lub za pomocą kleszczy jelitowych Dupuytrena usuwać sztuczną odbytnicę, inni resekować natychmiast i pogłębiać zeszyte jelito. Kwestyja ta zostanie rozwiązaną zdaje się dopiero w przyszłości z uzupełnieniem statystyki odnośnéj obu operacyj: resekcyi pierwotnéj i założenia sztucznéj odbytnicy z resekcyją następową; dotychczasowa statystyka wykazywała lepsze wyniki z resekcyi następowéj w obec znacznéj stosunkowo liczby niekorzystnych wyników resekcyi pierwotnéj. Najracyjonalniejszém wydaje mi się zdanie wypowiedziane przez Czernego względem resekcyi pierwotnéj: „granice wskazań do téj operacyi dadzą się dopiero oznaczyć, skoro rozleglejsze doświadczenie i lepsza technika operacyjna, wartość resekcyi jelita podniosą“. Technika operacyjna wiele jeszcze pozostawia do życzenia, za to antyseptyka zrobiła olbrzymie postępy i tato ostatnia okoliczność usprawiedliwić może chirurgów, którzy ważyli się na wykonanie resekcyi pierwotnéj wobec zgorzeli jelita uwięźniętego. Że udoskonalonéj antyseptyce zawdzięczać mamy w wielkiéj części udanie się téj operacyi, najlepiéj nam to udowodni porównanie dawniejszych dat statystycznych téj operacyi z nowszemi.

I tak Jaffe (*Sammlung klin. Vortr.* Nr. 201, pag. 1691) zebrać mógł w r. 1881 16 przypadków w ten sposób operowanych z wyleczeniem w 7, a więc około 44% wyleczonych; dodaje jednak, „że jeżeli doliczymy nieogłoszone przypadki z zejściem śmiertelném, cyfra śmiertelności wypadnie wyższą niż 56%“.

Rydygier (*Berl. klin. Woch.* 1881, Nr. 43, p. 634—635) zebrał 31 przypadków resekcyi jelit dla przepukliny zgorzelinowéj, z tych 8 tylko wyleczonych, a więc zaledwie 25% wyleczonych. Makins (*The Brit. med. Journ.* April 1885, p. 839) w Anglii zebrał 55 przypadków resekcyi jelita dla zgorzeli; procent śmiertelności wynosił 52%, w 40 przypadkach resekcyi dla sztucznéj odbytnicy procent śmiertelności wynosił tylko 38%.

P. Reichel (*Deutsche Zeitschr. f. Chirur.* t. XIX, z 3 i *Berl. klin. Woch.* 1884, p. 577) z Wrocławia, zebrał razem statystykę Rydygiera i Madelunga i naliczył 121 przypadków resekcyj, z tych w 37 wykonano resekcyję z powodu *anus praeternaturalis*, albo przetoki kałowéj, z zupełném wyleczeniem w 21 przypadkach, z nieudaniem się operacyi w 2 przypadkach (przetoka kałowa pozostała) i z zejściem śmiertelném w 14 przypadkach; więc 21 wyleczeń przypadło na 16 przypadków nieudałych. Z 56 przypadków operowanych z powodu przepukliny zgorzelinowéj, w 24 nastąpiło wygojenie zupełne, w 3 przetoki kałowe pozostały, 29 przypadków zaś zakończyło się śmiercią chorych; wynik więc zupełnie korzystny osiągnięto w 24 przypadkach, w 3 wynik był niezupełnym a w 29 operacyja się nie udała; w 10 przypadkach operowano w ten sposób dla wyłuszczenia złośliwych nowotworów z zejściem śmiertelném w 5; w 8 operowano z powodu zatkania jelit: z tych 6 umarło, 2 wyzdrowiało; 10 z powodu zranienia jelit: z tych 4 umarło, 6 wyzdrowiało. W ogóle wykonano więc według Reichela (aż do czasu jego ogłoszenia) 121 resekcyj jelit z wyleczeniem w 57 (13 było powikłanych z wytworzeniem się przetoki kałowéj na czas krótki), w 5 pozostała przetoka kałowa trwale, 58 przypadków zakończyło się śmiercią, a w jednym wynik jest nieznanym.

Na podstawie powyższego zestawienia Reichela przypada 21 wyników korzystnych na 16 niekorzystnych. Reichel skłania się ku zarzuceniu metody staréj, pomimo, że sam nieświetne osiągnął wyniki z resekcyi (stracił 5 chorych na 9 operowanych!)

Mając niedawno sposobność wykonania pierwotnéj resekcyi w przypadku przepukliny zgorzelą dotkniętéj na oddziale chirurgicznym tutejszego szpitala powszechnego, w zastępstwie prymaryjusza tegoż Dra Ziembickiego, za co Mu wielce jestem obowiązany, uważam za stósowne podać tu historyję choroby naszego przypadku.

Kiryło Irymiec, wyrobnik z Zawidowic, liczący lat 41, miał od lat niepamiętnych przepuklinę pachwinową prawą, wolną, wielkości jaja kurzego; podtrzymywał ją zawsze pelotą. Dnia 2 sierpnia rb. uderzony został w przepuklinę i obalony przewracającym się na bok wozem naładowanym sianem. W téj chwili obrzęk w pachwinie powiększył się do wielkości głowy dziecięcéj, chory dostał silnego bólu w tymże utrzymującego się dotychczas wśród zaczerwienienia i napięcia powierzchni tegoż; równocześnie wystąpiły mdłości i kilkorazowe wymioty. Wśród tych przypadów przyjęto chorego na oddział chirurgiczny 4/8 rano. Badanie wykazało u mężczyzny średniego wzrostu, dobrze zbudowanego, twarzy ogorzałéj nieco zapadłéj, oczach połyskujących, guz kulisty nieruchomy wielkości prawie głowy dorosłego mężczyzny, zajmujący okolicę pachwinową i mosznową prawą. Z przodu guza zauważyć można drugie wypuklenie kształtu i wielkości jaja kurzego. Guz w całości jest przy omacywaniu mocno bolesny, odgłos wypukowy nad nim bębenkowy, skóra zaczerwieniona, obrzękła, połyskująca, a ciepłota jéj zwiększona, przy czém skóra w fałd ująć się nie daje. Nasada guza wypełnia szczelnie kanał pachwinowy; chory ma ciągłe mdłości i od czasu do czasu wymiotuje kałem; tętno 100, słabe, ciepłota 38·4. W obec takiego stanu było rzeczą jasną, że mieliśmy przed sobą przepuklinę pachwinową wielkich rozmiarów uwięźniętą, ze znacznym naciekiem zapalnym części otaczających.

Zaraz po przyjęciu chorego kilkakrotnie próbowano uskutecznić *taxis*, ale wszelkie zabiegi były nadaremnemi. Polecono następnie okłady ciepłe często odmieniane na okolicę guza, a w razie gdyby tenże pod niemi do wieczora nie zmalał, postanowiono przystąpić do herniotomii, którą też tegoż dnia (4/8) o godzinie $5\frac{1}{2}$ wieczorem przy łaskawéj asystencyi Drów Lateinera, Dursta i Węgrzyńskiego wykonałem. W głębokiéj narkozie chloroformowéj i po dokładném oczyszczeniu pola operacyjnego poprowadziłem cięcie ukośne ku mosznom na wypukłości guza i warstwowo na zgłębniku rowkowanym przeciąłem części miękkie aż do worka przepuklinowego, podwiązano przy tém kilka tryskających tętniczek. W worku przepuklinowym mocno cuchnącym wśród znacznéj ilości wody przepuklinowéj i baniek powietrza, przebijało czerwono zabarwione jelito; po otwarciu worka przepuklinowego wypadła pętla jelita mocno cuchnąca, ciemno-wiśniowo prawie czarno zabarwiona, nieokazująca ani śladu żywotności. Wprowadzono ostrożnie na palcu herniotom i przecięto ku górze wiąz Pouparta; następnie wydobyto ostrożnie z jamy brzusznéj dowodzącą i odwodzącą część zdrowego jelita, głębokim rowkiem obustronnie odznaczonego od obumarłego i przystąpiono po niedługiém wahaniu do resekcyi jelita i krezki. W tym celu część krezki odpowiadającą obumarłéj kiszce nacieką do grubości $1\frac{1}{2}$ cm. podwiązano za pomocą kilku podwiązek z grubego katgutu (Nr. 6) po poprzedniém wytworzeniu rowka za pomocą kleszczy Péana starając się podwiązać ją kolisto; na obwodowej stronie podwiązek odpalono część krezki zgrubiałą w tém miejscu do grubości $1\frac{1}{2}$ cm. termokauterem Paquelina na długości około 8cm. (wierzchołek klina), którémto ostatniém narzędziem wstrzymano zupełnie krwawienie występujące mimo tak silnych podwiązek! Jelito zdrowe ujęto obustronnie o ile można najdaléj od części chorych w wielkie kleszcze Péana o długich końcach powleczonych drenami i oddano w ręce asystenta. Następnie w odległości 2cm. od miejsc zgorzelą dotkniętych przecięto obustronnie kiszkę pionowo do osi i resztę krezki po podwiązaniu obustronném, miejsca krwawiące krezki podwiązano dokładnie. Ponieważ górna część resekowanéj kiszki okazała się nieżywotną a jéj błona śluzowa przedstawiała miejscami nacieki zielonawo, szare resekowano ją więc powtórnie o 2cm. wyżéj. Po oczyszczeniu wacikami sublimatowemi resekowanych części i podłożenia pod nie gazy jodoformowéj przystąpiono do enterorafii (którą już wykonać musiano przy ściennéj naftowéj lampie). Po zbliżeniu do siebie obu części jelita górna część tegoż przedstawiała 2 razy większe światło niż dolna. Założono około 20 szwów wewnętrznych Czernego zakładając przytém pierwszą część tychże od wewnątrz a resztę od zewnątrz według propozycyi Wölflera (*Uiber die von Prof. Billroth ausgef. Resectionen des carc. Pylorus* str. 22); z powodu nierówności światła obu części jelit szycie było nader utrudnioném, wyrównano oba światła w ten sposób, że z części dowodzącéj ujmowano podwójną szerokość ściany, jak to uczynił był już w r. 1881 Schinzinger (*Wien. med. Woch.*, 1881, Nr. 37, str. 1041); dla lepszego zbliżenia do siebie błony śluzowéj założono kilka szwów na téjże; szwem drugorzędnym Lemberta, częściowo zaś kuśnierskim dla szybszego ukończenia operacyi zakończono enterorafiję; znaczną obwodową część resekowanéj krezki zespojono szwem kuśnierskim obustronnie (po obu stronach otrzewny). Wreszcie po oczyszczeniu pola operacyjnego za pomocą wacików sublimatowych (1:1000) przystąpiono do odprowadzenia zeszytego jelita, które znacznie poczerwieniało (z powodu tak długiego działania nań powietrza atmosferycznego); odprowadzenie okazało się niemożliwém, pierścień przepuklinowy mocno jeszcze uciskał, nacięto go więc ostrożnie kilkakrotnie ku górze. Wśród wyraźnego kruczenia wprowadzono ostrożnie jelito zeszyte po ponownem oczyszczeniu do jamy brzusznéj, starając się ściągnąć ku bramie przepuklinowéj miejsce szwu. Podczas całego zabiegu ani kropla kału nie dostała się do jamy brzusznéj a brzegi przeciętéj kiszki oczyszczano ciągle wacikami sublimatowemi. Z powodu znacznego nacieku w mosznach w najbardziéj ku dołowi i tyłowi położonéj zatoce za jądrem prawém uskuteczniono przeciwotwór, wprowadzono gruby dren prawie aż do bramy przepuklinowéj i zespojono ranę za pomocą 3 szwów materacowych z gazy jodoformowéj i szwu kuśnierskiego; opatrunek z gazy jodoformowéj i waty Brunsa. Chorego nawpół przytomnego odniesiono ze sali operacyjnéj o tętnie słabém 100 n. m. Cała operacyja trwała $2\frac{1}{2}$ godziny. Polecono czuwającym, aby chory zachował jak największy spokój, podanie wina i po 10 kropli *Tra. Opii* 3 r. d.

Część resekowana jelita jest 34cm. długa, po dołączeniu zaś odcinka wyżéj resekowanego, miara resekowanego jelita wynosi 36cm. (Dok. n.)

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego. Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

IV.

Sprawa Ritterów.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

Pośród licznych przypadków sądowolekarskich, budzących zajęcie co najwięcéj u lekarzy i prawników, zdarzają się od czasu do czasu przypadki, zwracające na siebie uwagę i szerszéj publiczności w pewném miejscu lub kraju, a są i takie rzadkie przypadki, które jużto z powodu osobistości, które w sprawie karnéj odgrywają rolę główną, jużtéż to z powodu innych okoliczności, jak np. dla rzeczywistego lub rzekomego błędu władz sądowych lub znawców, dochodzą do wiadomości ogólnéj, śmiało rzec można, całego świata cywilizowanego, wywołując krytykę powołanych i niepowołanych, ponieważ w obec rażącéj lub grożącéj niesprawiedliwości każdy człowiek czuje się powołany do wyrażenia sądu swego. Najgorzéj się ma rzecz, jeżeli obok wrodzonego jednostce i społeczeństwu poczucia sprawiedliwości występuje w szranki roznamiętnienie polityczne lub religijne; namiętność bowiem, w jakimkolwiekbądź kierunku objawiająca się, mimowolną staje się antagonistką sprawiedliwości, niedopuszczając sądu bezstronnego i nieuprzedzonego, a doświadczenie uczy, że zazwyczaj doprowadza do rezultatów przeciwnych tym, które sprowadzić zamierzyła: najlepiéj wychodzą winni, podczas gdy władza, sądy, znawcy ulegają podejrzywaniu. Przypominamy tylko śmierć ostatniego Kondeusza w r. 1830, w skutek któréj t. zw. opinija publiczna obwiniała króla Ludwika Filipa o sprowadzenie śmierci księcia, który majątek swój zapisał był synowi królewskiemu, a wiadomo, że lekarzy sądowych, słusznie dowodzących samobójstwa, obwiniono o służalstwo; przypominamy sprawę księcia Piotra Bonapartego w r. 1869, w któréj prof. Tardieu orzeczeniem swojém, niezgodném ze sądem „opinii publicznéj“ wywołał przykre dla siebie demonstracyje ze strony uczniów. Sprawy takie rozgłośne, *causes célèbres*, zdarzają się najczęściéj w miastach pierwszorzędnych, ponieważ tam śród wielce powikłanych stosunków społecznych, śród wzmożonéj walk o byt, najprędzéj przychodzi do czynów bezprawych, wielce powikłanych, których rozjaśnienie częstokroć napotyka na trudności, usunąć się nie dające. W ostatnich latach i mniejsze miasta (jak Monastyr — sprawa Haarbauma —, Znaim w Morawii itd.) dostąpiły zaszczytu, że pod względem sądowolekarskim budziły zajęcie obszerniejsze, a szczególnym trafem i dwie wioski w monarchii austrowęgierskiéj zasłynęły jako widownie czynów, które nabyły rozgłosu po całym świecie: Tisza-Eszlar i Lutcza. Od lat wielu staraniem naszém było, zapoznać czytelnika ze wszystkiemi temi sprawami rozgłośnemi, nie tyle celem zaspokojenia ciekawości, ile raczéj w celu zwrócenia uwagi kolegów ściślejszych na owe okoliczności, które pod względem sądowolekarskim okazały się w danym przypadku nienależycie wyjaśnionemi, wychodząc z zapatrywania, że nietylko świetne prace lekarzy pierwszorzędnych są pouczającemi, ale że i błędy mniéj doświadczonych, szkodząc na razie, stają się przecie pożytecznemi, o ile są przestrogą na przyszłość dla innych. To téż o tyle ciekawéj sprawie tisza-eszlarskiéj kilkakrotnie zdawaliśmy sprawę: o sprawie lutczańskiéj atoli, która pod wieloma względami tak jest podobną do tamtéj, pisano wprawdzie już bardzo wiele, może za nadto dużo, ale dotychczas rzecz nie została przedstawioną ani dokładnie, ani bezstronnie, a tém mniéj roztrząsaną była ze stanowiska sądowolekarskiego. Pod tym zwłaszcza względem uderzającém jest podobieństwo obydwóch przypadków. W jednym i drugim znika kobieta wiejska, znajdują je dopiero po upływie paru miesięcy, tamtę we wodzie, ostatnią w parowie, ciało jedno i drugie przez zgniliznę mocno nadpsute; u obydwóch przyczyna śmierci nie daje się stanowczo wykazać, u tamtéj podnoszą wątpliwość co do tożsamości osoby, która u ostatniéj nie podlega żadnéj wątpliwości; u jednéj i drugiéj śmierć miała nastąpić przez zarznięcie, w obydwóch liczni znawcy kuszą się o wytłumaczenie zagadki, a grona lekarskie zbiorowe powołane zostają do rostrzygnięcia wątpliwości; w obydwóch przypadkach pojawiają się klasyczni świadkowie czynu, w obydwóch fanatyzm religijny bałamuci i mąci dochodzenie, w następstwie czego proste czyny karygodne podniesione do wyżyny czynów, wynikających z fanatyzmu religijnego, nabierają znaczenia nie zwykłego i usuwając się z pod traktowania zwykłego uchodzą ostatecznie bezkarnie. Każda z tych dwóch spraw miała atoli i stronę swą odrębną, a w sprawie nas tu obchodzącéj spotykamy się ze zjawiskiem, może jedyném w kryminalistyce, że rzecz trzykrotnie sądzona przez trybunały przysięgłych, pomimo werdyktu każdym razem jednogłośnie potępiającego, kończy się ostatecznie uwolnieniem obwinionych. Nie naszą jest rzeczą wchodzić w powody prawnicze tego wyroku, ale ponieważ na wyrok zapadły w najwyższéj instancyi sądowéj państwa, wpłynęły w wysokim stopniu i okoliczności sądowolekarskie, więc wykazanie tych okoliczności może być pouczającém, zwłaszcza dla lekarzy sądowych. Długo wahałem się i ociągałem z ogłoszeniem niniejszego sprawozdania, pomimo, że zgodnie z obowiązującemi przepisami już po zapadłym drugim werdykcie przysięgłych miałem prawo ogłoszenia go; wahałem się zaś dlatego, że dopóki sprawa nie była ostatecznie załatwioną, namiętności uspokoić się nie mogły; byłbym może całkiem zaniechał ogłoszenia, aby nieszczęsnéj sprawie raz dać usnąć, gdyby nie głosy poważnych kolegów, wyrażających właśnie zdziwienie z powodu nieogłoszenia tak ważnego sprawozdania. Przystępując więc do niego uważam za rzecz może nie zbyteczną przypomnieć, że wedle zwyczaju przedstawię rzecz ściśle na podstawie aktów porządkiem chronologicznym, zachowując sobie na sam koniec uwagi epikrytyczne nad stroną sądowolekarską sprawy.

Ponieważ pierwsze protokóły sądowe są wagi pierwszorzędnéj, więc podaję je dosłownie z zachowaniem formy:

Protokóły z d. 6 marca 1882 r.

„W skutek polecenia c. k. Sądu powiatowego w Strzyżowie z d. dzisiejszego l. 531 udała się delegowana komisyja sądowa do Lutczy celem przedsięwzięcia oględzin sądowolekarskich zwłok Franciszki Mniszonki z przybraniem tylko jednego lekarza M. Dra Bielińskiego z powodu, że drugiego lekarza w domu nie zastano. Przybywszy do Lutczy o godzinie 3éj po południu rozpoczęto dowiadywać się o bliższe szczegóły zaszłego wypadku. W ten sposób osiągnięto wiadomość, że Franciszka Mniszonka mieszkała w domu Zofii Stochlińskiéj, z którego przed trzema miesiącami pewnéj niedzieli wyszła, mając się udać do domu Marcelego Stochlińskiego i Mojżesza Rittera, zkąd więcéj nie wróciła; aż dopiero dziś rano jéj zwłoki w paryi na gruncie Jana

Dudka znaleziono. Dom, w którym Franciszka Mniszonka mieszkała, jest położony we wsi zwanéj za rzeką i za kościołem tuż przy drodze wsiowéj w odległości od domów sąsiednich 40 do 60 kroków. Miejsce, to jest paryja, w któréj leżą zwłoki, oddalona jest od tego domu o 600 kroków ku stronie południowo-wschodniéj, w którym téż komisyja rzeczywiście zwłoki te na dnie paryi zastała. W małéj odległości, bo 21 kroków poniżéj trupa, na brzegu paryi znaleziono jeden warkocz, a od tegoż jeszcze o 11 kroków niżéj drugi warkocz włosów, każdy z nich do połowy spleciony; w oddaleniu 100 kroków od trupa zaś znaleziono sznurek w kółko zwinięty. Tak sznurek jak i obydwa warkocze powzięto w osobne przechowanie jako lica.

Następnie przedsięwzięto zewnętrzne oględziny zwłoki i spisano protokół osobny.

Po przedsięwziętych oględzinach, gdy już zmrok zapadać począł i z powodu zachodzących poszlaków, że śmierć Franciszki Mnichowny musiała nastąpić w skutek zadanego gwałtu i dla tego okazuje się potrzeba wezwania drugiego lekarza, oddano zwłoki pod dozór i odpowiedzialność przełożonemu gminy w asystencyi c. k. żandarma aż do dnia następnego; a przełożony zaraz w obec komisyi zarządził pilnowanie trupa przez wartę składającą się z 8 ludzi.

Paryja, w któréj trup leży poczyna się od południa od pól wysoko położonych i ciągnie się w miernéj długości ku północnemu wschodowi. Z początku, t. j. od strony południowéj jest takowa rzadko porośnięta drobnemi krzakami, między któremi parę grubych drzew się znajduje, i w têm właśnie miejscu poniżéj grubych drzew na samém dnie paryi znaleziono trupa. Po stronie wschodniéj trupa brzeg paryi jest stromy, bardzo wysoki, porośnięty krzakami a na brzegu tym ziemia świeżo jest pozesuwana. Daléj ku północnéj stronie paryja zarosła grubemi drzewami i gęstemi krzakami. Na lewym brzegu ponad trupem, t. j. na stronie wschodniéj paryi znaleziono wyłamaną młodą jodełkę, a na stronie południowéj rosnący krzak kalinowy. Wązka ta paryja, w któréj zwłoki znaleziono w odległości 10 kroków ku północy od miejsca, w którym trup leży, licząc, rozszerza się i brzegi jéj w długości przeszło 30 kroków zniżają się tak, iż stanowią dolinę; dla tego przystęp do trupa od pól okolicznych jest ułatwiony. W samym środku paryi płynie bardzo mały strumyczek, który według twierdzenia obecnych z wiosną wysycha. Mimo dokładnego przeszukania miejscowości t. j. w paryi, obok trupa i na brzegach, nic zresztą nie znaleziono, coby na znak sposobu dokonania zbrodni lub ślad wskazywać mogło. Następnie zmierzono krokami odległość od miejsca paryi, w którém trup leży, aż do mieszkania Marcelego Stochlińskiego, a z tego okazało się, że odległość ta wynosi 1000 kroków, ztąd do mieszkania Chiela Felbera 25 kroków, a od tegoż do domu Mojżesza Rittera 16 kroków, następnie od domu Marcelego Stochlińskiego do najbliższego sąsiada 30 kroków; w końcu odległość od domu Marcelego Stochlińskiego do domu, w którym Franciszka Mniszonka mieszkała, przeszło 300 kroków, a droga ta od domów Rittera, Felbera i Stochlińskiego prowadzi pomiędzy domami odległemi od siebie od 30 do 100 kroków. Przytém stwierdzono, że od domów Rittera, Felbera i Stochlińskiego prowadzi droga polna ku Krasnej i to właśnie w ową stronę, gdzie leży paryja, w któréj trup się znajduje; jednakże droga ta od miejsca, w którém trup leży, oddalona jest ku wschodowi o 200 kroków; wreszcie, że do miejsca tego prowadzi ścieżka, dziś właśnie powstała, bo wydeptali ją ludzie z ciekawości nieustannie do trupa chodząc, i że więc przedtém w têm miejscu ścieżki nie było.

Oględziny zewnętrzne. Miejsce, w którém zwłoki ludzkie się znajdują, jestto debrza, czyli paryja od południa ku północy się ciągnąca, na któréj debrzy dnie mały strumyk się sączy w tym samym co i debrza kierunku. Zwłoki ludzkie leżą w téj debrzy w odległości blisko jednego metra od grubéj jodły w ten sposób, iż dolna połowa ciała w strumyku, górna połowa zaś na prawym brzegu strumyka leży. Trup leży na twarzy i brzuchu z wyciągniętą nogą prawą i mocno zgiętą w kłębie i kolanie nogą lewą. Ramiona zwłok są w ten sposób ułożone, iż tylko części ramieniowe są widoczne a reszta pod trupem się znajduje. Ramię prawe jest nieco wieréj oddalone od tułowiu, niż ramię lewe. Z odzienia spostrzegamy na trupie buty z cholewami do kolan nie sięgającemi, daléj na nodze lewéj poniżéj kolana szmatę niebieską i białą w około nogi obwiniętą; po obu stronach trupa białe i niebieskie szmaty, które w kształcie zwiniętego wałka przez biodra trupa poprzecznie przechodzą; na plecach prawie zupełnie nagich resztki z koszuli, lewy bok i piersi zasłaniające, na obu ramionach szary kaftan, którego plecy przez głowę są zerwane tak, że na gołym karku z pod błota nieco szmat wystercza.

Cała przestrzeń między ramionami a głową jest wypełniona błotem tak, iż z głowy trupa tylko biała dość gładka naga kość czaszki sterczy; reszta zaś głowy i twarz w błocie się znajduje. Dodatkowo wspomnieć należy, że obie nogi trupa obcasami butów w górę a końcami w dół, t. j. w wodę i błoto, są zwrócone, z tą jednak różnicą, że noga lewa będąca w kolanie i kłębie mocno zgiętą, więcéj swoją wewnętrzną powierzchnią leży na błocie.

Trup cały wykazuje zgniliznę w wysokim stopniu postąpioną.

Kość udowa nogi prawéj po części z ciała obnażona. Kość udowa nogi lewéj sterczy zupełnie naga. Pośladki skóry i po części ciała pozbawione tak, iż kości bezimienne sterczą.

Plecy w okolicy łopatki prawéj wyżarte. Grzebień łopatkowy sterczy, dół nadgrzebieniowy błotem napełniony.

Tył głowy, o ile jest widoczny, zupełnie bez części miękkich, nagi.

Opony brzuchowe muszą być także mocno uszkodzone, gdyż, o ile to spostrzedz się da, u spodu trupa wnętrzności z brzucha wystąpiły.

Z powodu nadchodzącego zmroku oględziny zwłok na miejscu na têm ukończono.

Ponieważ Dr. Bieliński oświadczył, iż sekcyi zwłok w tym przypadku sam przedsięwziąść nie jest w stanie, postanowiono zawezwać na dzień następny lekarza magistra Meydla z Frysztaka.

Gdy jak już opisano, komisyja sądowolekarska przybyła do lasu, w którym miały leżeć zwłoki Franciszki Mnich, napotkała nie daleko tegoż lasu na brzegu pól ornych kawałek sznurka wyraźnie domowéj roboty, bo należycie nie skręconego, z trzema węzełkami, postrzępionego, spłaszczonego, długości 98 centymetrów mającego; obecna przytém Regina Mnich stwierdza, że takim samym sznurkiem nieboszczka obwiązywała szmaty na nodze. Daléj ku południu znaleziono w odległości od siebie 11 kroków dwie części włosów kobiecych w warkocz splecionych miernéj długości, barwy ciemno-blond.

Włosy te zawierają w równéj części niesplecionéj i cie-

mniejszéj barwy jak barwa włosów w warkocz splecionych, resztki części roślinnych i zaschłe błoto.

Ta część włosów niespleciona nie jest równéj długości. Włosy téj części są zbite w pasma, których pasm kończyny są cięte, lecz nie równo, to znaczy w każdém paśmie sy włosy krótsze i dłuższe. Włosy splecione czyli kosa w jednéj części i u drugiéj około 27 centymetrów długości mająca są w troje splecione. Koniec warkocza ma wplecione skrawki różnokolorowe.

Protokóły z dnia 7 marca 1882.

Komisyja udała się do paryi, w któréj zwłoki się znajdują i przedsięwzięła dalsze oględziny zewnętrzne.

Przedewszystkiém Sędzia oznajmia znawcom, że tożsamość osoby skonstatowaną została i że to są zwłoki Franciszki Mniszonki, kobiety około 35 lat liczącéj, która 35 listopada r. z. zaginęła. Następnie oświadcza lekarz Meydl, że z opisem położenia zwłok dnia wczorajszego skreślonym a jemu odczytanym zupełnie się zgadza i ze swojéj strony nic dodać nie ma. Przystąpiono więc do przewrócenia zwłok na plecy, co w ten sposób uskuteczniono, że obok zwłok wieko trumny przygotowanéj umieszczono, na które trupa na plecach ułożywszy na przygotowany stół przeniesiono i oględzinom zewnętrznym poddano.

I. Trup na plecy położony, resztkami koszuli, spodnicy i fartucha niebieskiego częściowo pokryty, jest w stanie zgnilizny i rozkładu zupełnego.

1. Głowa tylko z kości składająca się bez skórą i mięśni, w jamach ocznych resztki z gałek ocznych i powiek, nad kolcem nosowym skrawek skóry.

2. Gałęź prawa szczęki dolnéj w bliskości brody złamana.

3. Na szyi tylko z kręgów składającéj się oprócz cienkiego skrawka skóry od szyi do brody z prawéj strony sięgającego resztki krtani i kości gnykowéj oraz przełyku o brzegu gładkim.

4. Skóra na piersiach plamista, przemokła, klatka piersiowa wzdęta, osłony brzucha oraz i skóra osobliwie w lewéj połowie mocno uszkodzone, brzegi resztek gładkie, jakby rznięte.

5. Ręce obie w rękawach szarego kaftana i koszuli znajdujące się, w łokciach zgięte, a w uwzględnieniu położenia, w jaki m zwłoki znaleziono, pod czyli na piersiach ułożone. Palce rąk w kułak zgięte, palec wielki u ręki prawéj zgięty, u lewéj prosty. Oprócz skóry z palców złażącéj i błota w rękach za paznogciami nic nie znaleziono.

6. Nogi z butów obnażone, szmatami owinięte, kość udowa lewa zupełnie naga, mięśnie uda prawego zgniłe. Skóra na podudziach nóg obu w stronie widocznéj zgnilizny pęcherzami pokryta. Po zdjęciu szmat i oczyszczeniu z błota przystąpiono do

II. Oględzin wewnętrznych. 1. Sklepienie czaszki nagie, resztkami ogłowia (*aponeurosis*) pokryte. Powyż guza ciemienia lewego znajduje się w ogłowiu podbiegnięcie krwawe wielkości talara. Sklepienie czaszki na swojéj wewnętrznéj powierzchni gładkie, rowki prawidłowe, wyraźnie wykształcone.

2. Opona twarda mózgu w miejscu guzowi lewego ciemienia odpowiadającém krwią zabiegła.

3. Mózg papkowaty rozlazły i znowu w miejscu guzowi lewego ciemienia odpowiadającém wyraźnie zakrwawiony.

4. Płuca nie przyrosłe, nieco przekrwione, pod nożem trzeszczą.

5. W worku sercowym około 25grm. płynu. Serce nieco stłuszczone, lewe bezkrwiste, w prawém nieco krwi ciekłéj.

6. Żołądek zapełniony kapustą z fasolą; błona śluzowa tegoż kataralnie zmieniona.

7. W jelitach nieco kału.

8. Wątroba nieco stłuszczona tak samo i

9. Nerki.

10. Macica wielkości głowy dorosłego, ma na powierzchni swojéj następujące cięcia:

a) około $3^1/_2$ centymetra od dna macicy cięcie idące z powierzchni przedniéj macicy na jéj bok lewy, sięgające aż do szyjki macicznéj;

b) cięcie na prawym boku macicy od połowy macicy poczynające się a na przedniéj powierzchni nad szyjką maciczną kończące się;

c) cięcie prostopadłe od środka przedniéj powierzchni macicy do szyjki macicznéj sięgające; cięcie *b)* i *c)* schodzą się więc nad szyjką maciczną na przedniéj powierzchni macicy, tworząc czyli zamykając w swych ramionach płat trójkątny, którego kąt ostry w dół jest zwrócony.

11. Z pochwy macicznéj tylko resztka około 6 centym. od ujścia macicznego mająca resztkami śluzu ropiastego (*vaginitis*) pokryta.

12. Dodatkowo podajemy, iż w jamie macicznéj jakotéż na brzuchu u szczytu macicznego ślady byłego miejsca czyli łożyska wyraźnie się ukazują.

13. W końcu oświadczają znawcy, iż na szyi jakotéż na brzuchu ograniczenia skóry wszędzie są ostre, a brzegi krajane; niemniéj, iż w oko bardzo wpadającym i charakterystycznym jest zupełny brak części płciowych zewnętrznych włosem pokrytych.

Sądząc, iż opisane uszkodzenia w macicy, jakotéż skóra w miejscach uszkodzenia gładkie, krajane brzegi mające, wielkiéj są wagi, wyjęli znawcy macicę oraz oddzielili kawałek skóry z lewéj strony brzucha z téj strony, gdzie takowa była uszkodzona, i oddali c. k. Sądowi do przechowania.

W obec komisyi macicę wraz z kawałkiem skóry włożono w naczynie i opieczętowano, jak również i włosy ze sznurkiem w papier owinięto i opieczętowano. Lekarze sądowi ze względu, że wydanie natychmiastowe orzeczenia w tak zawiłym i zastsnowienia dłuższego wymagającym przypadku jest czystą niemożliwością, upraszają o pięciodniową zwłokę w celu dania orzeczenia. Powyższemu żądaniu jako usprawiedliwionemu czyniąc zadosyć Sędzia zezwolił na 5-dniową zwłokę.

Lekarzowi Meydlowi okazano jeszcze włosy powyż opisane, a gdy lekarz tenże oświadczył, że do powyższego opisu ze swéj strony nic dodać nie ma i z nim się zgadza, lekarze sądowi wydali następujące

Orzeczenie: Przedłożone włosy kobiece pochodzą z tylnéj części głowy.

Włosy te pozostały przez czas dłuższy na polu, co wskazuje wmięszane w takowe liście i zioła różnorodne.

Włosy te oddzielone zostały od głowy przez oderznięcie i o ile z nierównéj płaszczyzny kończyn wnosić można, oderznięte zostały nożem. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Dr. R. v. Velden: **O nadmiernêm wydzielaniu soku żołądkowego i bardzo znacznéj kwasocie tegoż.**

O prawidłowéj ilości wydzielonego soku pewnych dat nie mamy, wiemy jednak, że po przejściu pokarmów z żołądka do dwunastnicy czynność gruczołów trawieńcowych ustaje. Jeżeli więc mówimy o nadmiernêm wydzielaniu soku żołądkowego, rozumiemy stan, w którym już przy próżnym żołądku wydziela się jeszcze sok żołądkowy zawierający pepsynę i kw. solny. Takie przypadki opisali już Reichmann, Schütz, Riegel, Sahli i Rossbach a V. podaje takich trzy, których przebieg w krótkości tak się przedstawia:

Nauczyciel S., 45-letni, od 4 lat cierpiał na przypady żołądkowe, które pierwszy raz pojawiły się po jakiejś większéj uczcie. Z początku cierpiał on zawroty i bóle głowy, po obiedzie doznawał uczucia pełności w żołądku, odbijanie, zgagę, po pewnym czasie przyłączyły się jeszcze wymioty treścią kwaśną, szczególnie jeżeli wymioty miały miejsce w kilka godzin po jedzeniu. Ból żołądka i głowy ustawał lub zmniejszał się po takich wymiotach, krwi i wymiocin fusowatych nie było nigdy. Obecnie zaś miewa późniejsze i rzadsze wymioty a po małéj ilości spożytych pokarmów prędzéj wymioty następują niż po obfitym obiedzie. Wymiociny przedstawiają ciecz jasną, mocno kwaśną, z małą ilością pozostałych pokarmów. Badanie pompą żołądkową wykazało, że żołądek zawsze zawierał w sobie treść i zwykle już nawet po ukończonêm trawieniu żołądkowêm jeszcze można było wydobyć ciecz bardzo kwaśną prawie przeźroczystą. Treść badana wykazała 0,12% HCl, kwasu mlekowego brakło, również pepsyny i syntoniny. Ciecz ta na zimnie trawiła w godzinę włóknik lub małe kawałeczki białka. Badanie mikroskopowe prócz małych resztek pokarmów nie wykazało nic szczególnego. Wszystkie środki podawane choremu nie pomagały tak, że w końcu chory sam sobie radził, w ten sposób, że ilekroć dokuczał mu silny ból żołądka, wówczas zjadał łyżkę białka drobno posiekanego, co mu sprawiało ulgę na 1—1½ godziny, poczém zmuszony był wprowadzić sobie zgłębnik żołądkowy, treść żołądkową wycisnąć i ciepłą wodą żołądek popłukać.

Drugi przypadek dotyczył 48-letniego bankiera, wytrawnego smakosza, który do obfitych uczt był przyzwyczajony. Od 1½ r. cierpi na podobne przypady żołądka co i poprzedni z tą różnicą, że wymioty zwykle bywały przed obiadem lub przed kolacyją. Badane wymiociny były prawie takie same jak u poprzedniego chorego, resztek śniadania nie znajdowano a kwasota wynosiła 0,10% HCl.

Trzeci zaś chory 29-letni cierpi od 3 lat przypady żołądkowe, które się rozpoczęły od krwawych wymiotów, dalsze objawy odpowiadały zupełnie wrzodowi żołądka, który po kuracyi karlsbadzkiéj przestał chorego niepokoić, natomiast miewa obecnie wymioty przed południem w 3—4 godzin po śniadaniu złożonêm z mleka i sucharka. Po wymiotach czuje się dobrze, apetyt ma dobry. Wymiociny badane okazały te same własności co i poprzedzające, trawiły włóknik z łatwością w krótkim przeciągu czasu na zimnie, kwasota z powodu małéj ilości treści nie była oznaczoną. Chory po kuracyi karlsbadzkiéj zupełnie wyzdrowiał.

Zestawiając te 3 przypadki widzimy, że były to osoby cierpiące od dłuższego czasu na zaburzenia żołądkowe już to na tle nieżytu żołądkowego lub też wrzodu żołądka. Żołądek ich wydzielał z małemi tylko przerwami sok trawiący. W skutek tego chorzy ci doznawali rozmaitych dolegliwości, które wtedy dopiero ustępowały, gdy sok ten został z żołądka wydalony czy to przez wymioty czy téż przez przepłukanie. V. uważa nadmierne wydzielanie soku żołądkowego z prawidłową lub też nadmierną kwasotą jako późno występujący objaw przewlekłych nieżytów żołądka, atonii i wrzodu żołądka. Chcąc mieć pewne dane o normalnéj kwasocie żołądka a nie wierząc liczbom znajdowanym w książkach V. robił na sobie i na drugich doświadczenia w celu oznaczenia prawidłowéj kwasoty soku i znalazł jako średnią liczbę dla pewnego czasu i przy pewnych warunkach 0,13% HCl. Już dawniéj spostrzegał, że u chorych cierpiących na wrzód żołądka próba z barwikami co do kw. solnego wypadała zawsze bardzo silna, a w jednym przypadku, gdzie kwasota żołądka była znaczną, istotnie oględziny pośmiertne wykazały wrzód żołądka. Na téj zasadzie Pavy i inni lekarze angielscy twierdzili, że powstanie wrzodu żołądka nie tylko zależy od miejscowego obrażenia lecz i od nadmiernéj kwasoty żołądka, która przeszkadza zagojeniu się wrzodu.—W 3 przypadkach wrzodu żołądkowego, stwierdzonych na podstawie charakterystycznych objawów i krwawych wymiotów, rzeczywiście ściślejsze spostrzeżenia wykazały nadmierną kwasotę soku żołądkowego. I tak w 1szym przypadku u chorego, który od 2 lat cierpiał na objawy wrzodu żołądka, wystąpiły nagle wymioty krwawe. Na 10ty dzień po tych wymiotach zrobiono próbę z białkiem i wodą a badanie po ½ godzinie wykazało kwasotę 0,26% HCl. U drugiego chorego z temiż samemi przypadami na 8my dzień po wymiotach próba pokazała kwasotę 0,47% HCl. U trzeciego zaś nieróżniącego się w objawach niczém od poprzedzających, próba wzięta z żołądka na 10ty dzień po krwawych wymiotach wykazała kwasotę 0,43% HCl. Po kuracyi karlsbadzkiéj nastąpiło znaczne polepszenie choć badanie soku żołądkowego wykazało wówczas 0,40% HCl. W tych więc wszystkich trzech przypadkach była kwasota po nad normą, jaką zwykle znajdujemy w prawidłowych żołądkach. V. robił doświadczenia na sobie samym i przekonał się, że przez dodawanie kwasu solnego 0,1% do żołądka wchłanianie się przyspiesza. W obec tego jasnêm było, dla czego przy wrzodach żołądka zdolność wchłaniania pokarmów jest znaczną. Doświadczenia według metody Penzolda (0,2% jodku potasu w kapsułkach połyka się i bada, gdy jod pokaże się w ślinie) robione przez Fabera i Quetscha rzeczywiście wykazały podwyższoną zdolność wchłaniania przy wrzodach żołądka. Niektóre z tych spostrzeżeń rzucają pewne światło, według autora, na powstawanie wrzodu żołądka, na niektóre objawy i nie są bez wpływu na rozpoznanie i leczenie wrzodu. Dalsze badania powinny mieć na celu wykrycie, czy przy każdym wrzodzie żołądka zdarza się nadmierna kwasota i jak się ta zachowuje w obec rozmaitych pokarmów i w rozmaitym czasie trawienia. *(Samml. klin. Vorträge Volkmanna* Nr. 280). *Dr. J. Surzycki.*

(β) **Diazo-reakcyja.** Podana przez Ehrlicha reakcyja moczu w pewnych chorobach polega na têm, że dodany kwas diazobenzolsulfonowy w małéj ilości, a następnie amonijak w nadmiarze, wywołuje zabarwienie różowe lub nawet ciemno czerwone moczu. Penzoldt już uznał, że odczyn ten zalecany przez Ehrlicha jako bardzo cechujący pewne stany chorobowe, nie jest wcale pewnym środkiem rozeznawczym. Brewing stósując metodę Ehrlicha u 265 chorych przyszedł do przekonania, że może ona

dać pewne wskazówki w następujących sprawach chorobowych: 1) W durze brzusznym; w cięzkich przypadkach reakcyja występuje zawsze, w lżejszych zwykle jéj brak. Powolne znikanie reakcyi w przebiegu duru brzusznego jest znakiem pomyślnym co do rokowania.

2) W suchotach płucnych; w okresie późniejszym zawsze odczyn występuje i jest niepomyślnym znakiem, gdyż wskazuje resorbcyję ciał rozkładowych w płucach.

3) W chorobach połogowych reakcyja daje się spostrzedz już przed wystąpieniem gorączki i można ją uważać jakby za wskazówkę do szybkiego stósowania leczenia przeciwgnilnego.

4) Odczyn występuje też w wewnętrznych sprawach ropnych np. ropieniu wątroby. *(Allg. med. Central-Ztg.)*

Choroby skórne i kiłowe.

Nowsze prace o zarazku kiłowym.

W końcu roku zeszłego podaliśmy czytelnikom Przeglądu wiadomość o dyskusyi, jaka się wszczęła nad zarazkiem kiły z powodu odczytu Lustgartena o prątkach przez siebie wykrytych. Obecnie zestawiamy w streszczeniu kilka prac, które w tym kierunku w ciągu ubiegłego i bieżącego roku ogłoszono.

W pierwszéj z nich Matterstock (*Uiber den Bacillus der Syphilis. Sitz. Ber. d. physik. med. Gesellsch. zu Würzburg*, 1885, str. 65) podaje, że robił poszukiwania w 150 przypadkach kiły, biorąc do badania, według metody Lustgartena, wydzielinę z pierwotnego stwardnienia, z kłykcin sączących różnych okolic ciała, z *plaques muqueuses*, z chrost wysypki skórnéj, z wydzieliny łojowéj napletka i fałdu pachwinowego. Wynik badań za prątkiem Lustgartena wypadł w przeważającéj połowie dodatnio Tylko ilość prątków różnie się przedstawiała. Daléj badał M. w 100 przypadkach różne przekroje stwardnienia pierwotnego, kłykcin sączących, guziczków skórnych i kilaków. Tutaj napotykano średnio tylko w co 3im lub 4ym przekroju prątki zwykle odosobnione, jużto zawarte w komórkach, jużto wolne. Wreszcie wykonał M. 70 doświadczeń kontrolujących, biorąc do badania jużto biały okład z zębów, jużto wydzielinę z pochwy lub sromu, daléj z wrzodów żylakowych podudzia, wreszcie z 12 wrzodów miękkich. W żadnym z tych przypadków prątki nie oparły się metodzie odbarwiającéj Lustgartena.

Na téj zasadzie uważa M. odkrycie Lustgartena za nader ważne tak pod względem etyjologicznym jak i dyjagnostycznym. W drugiéj jednak swéj pracy Matterstock *(ibidem* str. 71) prostuje i do pewnego stopnia odwołuje pierwsze twierdzenie. Nadzwyczajna polymorfija, daléj w jednym przypadku leczonym rtęcią, liczniejsze wystąpienie prątków po leczeniu skłoniły autora do nowych badań kontrolujących. Te wykazały, że metodą Lustgartena można wykryć w łoju napletkowym jakoteż warg sromowych mniejszych u niekiłowych prątki identyczne z kiłowemi Lustgartena, a opisanemi już w r. 1884 przez Doutreleponta i Schnetza. Zadaniem więc teraz dalszém, zdaniem Matterstoka, jest wykryć sposób, którymby można odróżnić prątki te od prątków syfilitycznych.

Alvarez i Tavel *(Bull. de l'Academie* 2 s. XIV, 31, 1885, i *Arch. de Physiol.*, 3 s., VI, 7, str. 303, 1885) robili poszukiwania za prątkami Lustgartena z wynikiem mniéj szczęśliwym. W skrawkach z pięciu przypadków pierwotnego stwardnienia napletka, daléj dwóch *plaques muqueuses*, jednego kilaka płuc, nie znaleźli metodą Lustgartena ani jednego prątka. Dodatnie zaś wyniki otrzymali badając wydzieliny z różnych tworów kiłowych (w 33ch przypadkach na 55), daléj w wydzielinie z 3 wrzodów miękkich (9 wyników ujemnych), w dwóch przypadkach *herpes praeputialis* i w jednym przypadku *pemphigus*, wreszcie w prawidłowéj wydzielinie części rodnych, t. j. w *smegma praeputii et labiorum*.

Doutrelepontowi *(Tagebl. d. Strasb. Naturf. Versamml.*, 1885, str. 444) udało się według własnéj metody wykazać w 17 skrawkach z różnych utworów kiłowych prątki identyczne z Lustgartenowskiemi. Rwnież podobne prątki wykrył D. we krwi osób syfilitycznych. Prątki takie same znajdowały się w łoju napletkowym. Babes *(Les bactéries* 1885, str. 666) znalazł prątki Lustgartena w trzech przypadkach stwardnienia pierwotnego i nacieków kilakowych. Podobnież wykryli je jużto w przekrojach, jużto w wydzielinach różnych tworów syfilitycznych Giacomi (*Union méd.* 1885, str. 78) i Leloir *(Progrès méd.*, 2, s. II, 29, 1885).

Klemperer (*Deutsch. med. Wochensch.*, 47, 1885), w pracy swéj zajmuje się głównie pytaniem, czy istnieje możność rozróżnienia prątków kiłowych od prątków znajdujących się w łoju napletkowym i sromowym. Na 9 przyp. znalazł K. w 8 w łoju napletkowym i sromowym, postępując według metody Lustgartena, prątki opisane przez Alvareza i Tavela, daléj badając wydzielinę kłykcin sączących znalazł K. również w 4ch przypadkach prątki takie same jak w łoju. Mimo prób różnych nie udało się Klempererowi wykryć sposobu, któryby mógł służyć do rozróżnienia prątków Alvareza i Tavela od prątków kiłowych Lustgartena. Prócz tego badał Klemperer w dwóch przypadkach tkanki lepieży, daléj w jednym stwardnienia pierwotnego, w jednym kłykciny sączącéj, w jednym guza kilakowego na prątki Lustgartena, zawsze jednak z wynikiem zupełnie ujemnym. Badania Klemperera wywołały ożywioną dyskusyję, w któréj Köbner podniósł, że jakkolwiek prątki Lustgartena znajdują się bardzo niestale w tworach kilowych, to przecież nie może się zgodzić z doświadczeniami Klemperera, które w tym względzie wypadły zupełnie ujemnie. Köbner nie znalazł zaś nigdy prątków wspomnianych we krwi syfilitycznych *(contra* Doutrelepont), jakoteż w ropie z brudźca kilowego i dwóch przypadków wrzodów miękkich. Zwykle też badanie lepieży jamy ustnéj, przedsiębrane w celu rozpoznawczym, wypadały ujemnie mimo, że lepieże te znajdowały się u osób z innemi objawami kiły świeżéj. W końcu przypomina Köbner, że już na Zjeździe w Strasburgu Finger podniósł, że w dziwnéj sprzeczności stoi twierdzenie, że prątki Lustgartena są właśnie chorobotwórczemi i zaraźliwemi kiły, z tém, że je znajdowano w wytworach kiły trzeciorzędnéj, które, jak doświadczenia pouczyły, wcale nie są zaraźliwemi.

W trzeciéj swéj pracy o tym przedmiocie Matterstock (*Mitth. a. d. med. klinik d. Univ.* Würzburg, II, str. 367, 1886) potwierdza na podstawie znacznéj liczby badań w ogóle zdanie poprzód już wygłoszone. M. badał 300 skrawków różnych tworów kiłowych i znajdował w nich prątki Lustgartena jużto poza komórkami, jużto w komórkach. Daléj znajdował je w różnych wydzielinach tworów syfilitycznych, podnosi tutaj jednak, że brakowało ich stale w wydzielinach owrzodzeń kilakowych (trzeciorzędnych) tak skóry jak i błony śluzowéj gardziela i krtani. M. znajdował daléj średnio na 100 preparatów z łoju sromowego i napletkowego w $^3/_4$ części prątki identyczne z prątkami kiłowemi Lustgartena. Prątki te znajdowały się tak u osesków, jak i u 80-letnich starców. I teraz też stwierdza M., że między prątkami kiło-

wemi a prątkami łoju sromowego nie ma żadnéj różnicy, ani pod względem postaci, ani pod względem zachowania się w obec barwików. Hodowle prątków kiłowych nie powiodły się i tym razem autorowi, za to prątki z łoju sromowego szczepione na agar-agar rozwinęły się w liczne osady, jednak pojedyncze ich okazy, podobne do pierwotnych prątków, nie barwiły się metodą Lustgartena. (Dok. nast.)

Ginekologija.

Prof. Amann: **Stósowanie kokainu w chorobach kobiecych.**

Od roku stósuje A. kokain w rozczynie 5 do 10% na błonę śluzową narządu moczopłciowego za pomocą zwykłego pędzelka lub też gałki waty, obmywszy przedtém dobrze błonę śluzową rozczynem kwasu borowego, i uważa rozczyn 5·10% za zupełnie wystarczający. Stósował takie pędzlowanie 5% rozczynem w przeczulicy wejścia pochwowego i po kilku tygodniach pędzlując co 3ci dzień dochodził do dobrych wyników. W *pruritus vaginae* pędzlowanie lub też wprowadzanie waty nasiąkniętéj rozczynem kokainu nie wiele pomogło albo też tylko krótki czas działanie trwało. W zapaleniu cewki moczowéj z silném obrzmieniem błony śluzowéj stosując co 2gi dzień pędzlowanie kokainem 10% w znacznéj ilości przypadków osiąga się pożądany skutek. Toż samo można powiedzieć o nadżerkach części pochwowéj macicy lub też przy zapaleniu szyjki macicznéj, gdzie kilkakrotne zastósowanie 5—6% kokainu sprowadza znaczne polepszenie a nieraz wyzdrowienie. Najlepiéj stósować za pomocą strzykawki macicznéj lub też gałkę z waty maczać w rozczynie kokainu i wprowadzać do pochwy. Natomiast pędzlowanie kokainem jako środek znieczulający przy operacyi okazało się zawsze niewystarczającém. *(Münch. med. Wochenschr.* 1886, Nr. 29). *Dr. J. Surzycki.*

(β) **Stósowanie środków lekarskich u karmiących.** H. Fehling, spowodowany rozprawą sądową dotyczącą właśnie niniejszéj kwestyi, zajął się zbadaniem, jakie środki i w jakich granicach można karmiącym podawać bez złych następstw dla niemowląt. Pewna kobieta otrzymała małą dawkę morfinu (0·01) dla uśmierzenia bólów; dziecię jéj od téj chwili przez nią niekarmione zmarło z biegunki w 48 godzin. Lekarz, który miał matkę w swéj opiece został przez ojca dziecka prawdopodobnie za namową jakiejś trzeciéj osoby oskarżony o lekkomyślne zatrucie. Na podstawie jednak opinii lekarskiéj wydanéj przez autora został uwolniony. Fehling chcąc bliżéj ten przedmiot zbadać, przeprowadził szereg odpowiednich doświadczeń.

Naprzód robiono doświadczenia z salicylanem sodowym. Podawano go karmiącéj w rozczynie, w ilości 1·0—3·0 gr.; w 1—3 godzin potem dziecię ssało. Śladów podanego salicylanu sodowego pospolicie szukano nie w mleku ale w moczu oddanym przez dziecko i to w ten sposób, że odparowywano go, pozostałość wyciągano eterem i następnie wodny rozczyn badano chlorkiem żelaza. W ogóle przekonano się, że wydzielanie u dziecka trwa tak długo. jak i u matki. W miarę większych dawek reakcyja występowała szybciéj i wybitniéj. Według Stumpfa mleko zawiera 0·0089—0·0046% salicylanu sodowego przy podawaniu go karmiącéj. Te małe ilości przechodzącego salicylanu tłumaczą, dla czego nawet dawki 3·0 nie szkodzą niemowlętom.

Co do jodku potasu, to wydzielanie jego u dziecka trwa dłużéj niż w ustroju matczynym, (72 godzin u dziecka a 44 u matki). Pochodzi to ztąd prawdopodobnie, że jodek potasu przechodzi w znacznéj ilości do mleka (w 24 godzin po użyciu można go jeszcze w wielkiéj ilości w mleku znaleźć).

Z środków odurzających podawano matce 25 kropli *Tinct. opii simpl.*, ale nigdy nie spostrzeżono u niemowląt objawów senności, co 2 lub 3 godziny same żądały pić, a zatkanie również się nie pojawiało. Morfin stósowano zawsze podskórnie, mianowicie w postaci *Solutio morph. hydrochlor.* (1:30) w dawkach 0,008—0,01, 0,015, 0,02. Matki nie spały nigdy dłużéj nad 1—2 godzin, a dzieci niekiedy 4—5 godzin, jak to zresztą i w całkiem normalnym stanie się zdarzało. W ogóle nie można było dostrzedz ani śladu działania morfinu. Można zatém według autora bez obawy stósować praktykowane zwykle dawki 0·01—0·02, a karmienie nie potrzebuje wcale dłuższych przerw doznawać. Chloral podawano w dawkach 1·5—3·0, zwykle w czasie między przyjęciem pokarmu. Sen nie trwał nigdy nad 2 godziny. Karmiącym matkom nie szkodziły nawet dawki 1·5—3·0, ani 4·0 dziennie w 2ch dawkach. Działanie chloralu, jakkolwiek zaledwie dające się spostrzedz, polegało na pewnego rodzaju niepokoju i nieco dłuższém spaniu, i to tylko w tych razach, kiedy dzieciom dawano leki w 3/4 godziny po przyjęciu chloralu przez karmiącą.

Ostatecznie przychodzi autor do przekonania, że można u karmiących matek stósować zwykłe dawki lekarstw, chyba jedynie pewną ostrożność należy zachować, jeżeli dzieci są wątłe i zbyt delikatne. (*Allg. med. Central-Ztg.*)

Medycyna sądowa.

Deneke: **Antyseptyka i odpowiedzialność lekarska przed sądem.**

Wiadomo, że ocenienie, czy lekarz dopuścił się błędu w leczeniu przez postępowanie nieumiejętne, jest jedném z zadań najtrudniejszych tak sędziego, jakotéż lekarza sądowego. Trudność polega głównie na tém, że pomijając już częstą niemożność wykazania związku przyczynowego pomiędzy działaniem lekarza a szkodą, że nie ma postępowania lekarskiego ustawą przepisanego, i takiego nie było i nie będzie. Kodeksy karne uwzględniają głównie wykazanie opieszałości ze strony lekarza, jednak i tu brak definicyi, co rozumieć należy przez opieszałość w stósowaniu postępowania leczniczego. Nadto sprawdzenie takiéj opieszałości z powodu stósowania leczenia niestósownego lub zaniechania zależném jest od ciągłego postępu nauk lekarskich, a postępowanie, które przed dziesiątkiem lat było uważane jako odpowiednie, obecnie uchodzić może za wadliwe i nieumiejętne. Najlepszą ilustracyję téj zmienności w postępowaniu leczniczém, a tém samém w ocenianiu leczenia, jest wpływ, który wprowadzenie antyseptyki wywierać musi na medycynę sądową.

Po krótkim poglądzie na historyję antyseptyki, oraz na zarzuty, tu i owdzie jeszcze przeciw temu leczeniu podnoszone, D. dochodzi do wniosku, że antyseptyka jest uprawnioną z powodu świetnych wyników leczenia i uzasadnioną przez badanie doświadczalne, że każdy lekarz stósować ją może i dla tego znać ją powinien, a nie stósując jéj u chorego lub stósując w sposób nieodpowiedni naraża na szwank zdrowie a nawet życie chorego, wreszcie że inne leczenie ran według obecnego stanowiska nauki nie jest uprawnioném. Przepisy prawne, które mogłyby znaleść zastósowanie w takich razach, opiewają: W ustawie karnéj niemieckiéj: §. 222. „Kto przez opieszałość wywołuje śmierć człowieka, karany będzie więzieniem aż do lat trzech. §. 230. Kto przez opieszałość wywołuje u innego obrażenie cielesne, karany będzie grzywną aż do 300 talarów lub więzieniem aż do 2 lat“; w ustawie zaś karnéj austryjackiéj dotąd obowiązującéj §. 336 orzeka: „Lekarz, który w leczeniu chorego popełnił takie błędy, które dowodzą jego nieznajo-

mości rzeczy, staje się winnym wykroczenia, jeżeli wywołał większe uszkodzenie cielesne, przestępstwo zaś, jeżeli chory umarł, i dlatego wykonywanie praktyki dopóty będzie miał sobie wzbronionóm, dopóki przez nowy egzamin nie dowiedzie uzupełnienia brakujących wiadomości". Ustawa austryjacka nie określa pojęcia „błędu lekarskiego", a niemiecka wcale o nim nie wspomina; prawodawcy niemieccy nie zgodzili się nawet na wniosek Deputacyi umiejętnéj, aby ustawa mieściła w sobie określenie tego pojęcia elastycznego; w Niemczech przypadek taki musiałby być podporządkowany pod jeden z dwóch §§. 222 lub 230. Natomiast dawniéj Casper, a w ostatnich czasach Oesterlen starali się podać tę definicyję. Casperowska była niefortunną i już dawno jest porzuconą, a definicyja Oesterlena, jakkolwiek nieco szczęśliwsza, jednak również jest nieodpowiednią, z téj prostéj przyczyny, że nie stać nas na definicyję uchybienia leczniczego, ponieważ zasady lecznicze nie są dogmatami. D. jednak przyjmuje bez krytyki definicyję Caspra, a odnośnie do leczenia ran usiluje pojęcie „opieszałości", mieszczące się w kodeksie karnym niemieckim objaśnić w sposób następujący: „Opieszałością będzie, jeżeli lekarz śród leczenia obrażonego lub operowanego przez działanie lub zaniechanie spuszcza z uwagi zasady przeciwgnilnego leczenia ran, wyjąwszy przypadek, w którym ze względu na wskazanie żywotne stósowanie tego leczenia było niemożebném". Rozchodzi się tylko o to, czy przez opieszałość tę istotnie wywołał śmierć lub uszkodzenie, czyli o wykazanie ścisłego związku przyczynowego pomiędzy opieszałością lekarza a szkodą, którą poniósł chory. Tu znów nasuwa się trudność. Podczas gdy bezwzględni admiratorowie antyseptyki, jak Volkmann i Nussbaum, podają stanowczo, że lekarz odpowiedzialny jest za każde zboczenie, występujące w przebiegu gojenia się rany, że jest odpowiedzialny, jeżeli w ranie rozwija się choć najlżejsze zaczerwienienie reakcyjne, jeżeli amputacyja nie goi się *per primam* itd.,—inni, jak Kocher, König itd. wyrażają się o wiele oględniéj, przyznając, że pomimo najskrupulatniejszego przestrzegania antyseptyki groźne przypady zakażenia, róża, *sepsis*, śmierć z obrażenia głowy lub po operacyi w stawie kolanowym zdarzają się, że więc postępowanie antyseptyczne nie jest nieomylném; a jeżeli, powiadają oni daléj, coś podobnego przytrafia się bardzo doświadczonemu klinicyście choćby raz na 100 przypadków, jakiém prawem przypuścić można, że mniéj doświadczony powinien być odpowiedzialnym za przebieg niepomyślny. Spostrzegł się téż Nussbaum, że poszedł za daleko i dlatego przyznaje, że wiele zależy od sprawdzenia, w jakim stanie znajdowała się rana i jaki czas upłynął od zranienia, gdy lekarz objął chorego. Według niego zadaniem lekarza sądowego jest rozstrzygnąć, czy lekarz objął chorego z raną świeżą lub już septyczną; w ostatnim razie wolny będzie lekarz od wszelkiéj odpowiedzialności, w pierwszym zaś ma odpowiadać za następstwa niepomyślne. Ale i ta cecha jest nieuchwytną; pomijając już okoliczność, że niepodobna orzec stanowczo, kiedy w ranie mieszczą się już zarodki septyczne, to nawet w razie, jeżeli lekarz obejmuje chorego bezpośrednio po zranieniu, nie może wiedzieć, czy rana jest świeżą, ponieważ narzędzie, które ranę wywołało, mogło być nieczyste, a choć lekarz natychmiast użyje preparatu przeciwgnilnego, to następnego dnia może znaleść *sepsis*. Pytanie to zatém nie ma znaczenia, wystarcza bowiem, że lekarz ordynujący postępował według zasad przeciwgnilnych.

Ale i z praktycznego stanowiska żądanie Nussbauma nie ma podstawy realnéj. Żaden lekarz nie może wiedzieć, a tém samém i nie może być za to odpowiedzialnym, jeżeli chory zniecierpliwiony zdejmuje opatrzenie antyseptyczne, najlepiéj założone, lub jeżeli apteka dostarcza materyjału nieodpowiedniego itd. Działanie lekarza należy nie przed *forum* prawa, lecz sumienia i sądu umiejętnego ogółu lekarzy. Wszakże badania Kocha i Rosenbacha wykazały, że to, co mianem ogólném „*sepsis*" obejmujemy, nie jest sprawą jednolitą lecz różnorodną; wiedza nasza może się jeszcze rozszerzyć bardzo w tym kierunku, ale na teraz tłumaczą się ztąd złe wypadki, zdarzające się od czasu do czasu nawet najdoświadczeńszym w antyseptyce chirurgom. Zasługuje także na uwagę, że każdemu lekarzowi przytrafiają się zranienia, które leczeniu przeciwgnilnemu są wprost niedostępne, zwłaszcza w razie gdy już przed zranieniem istniała *sepsis* (np. *bronchitis septica c. bronchectasia*), lub gdzie rany stykają się z powietrzem i sokami ciała, lub jeżeli obok rany istnieją wrzody np. na podudziach; w takich razach niepodobna sprawdzić, gdzie była brama wchodowa dla prątków. Podobnie należy się zapatrywać na rękoczyny położnicze; tu o antyseptyce idealnéj już z góry mowy być nie może. Z tych powodów przeczącą musi być odpowiedź na pytanie, czy lekarz, który lecząc rany postępuje według zasad przeciwgnilnych, może być odpowiedzialnym za przebieg zranienia.

Postępowanie lekarza sądowego w obec antyseptyki jest prostém. Przedewszystkiem winien sam znać dokładnie istotę i metody jéj, aby sam nie wykroczył przeciw zasadom przeciwgnilnym, aby np. nie zdejmował opatrzenia, badał rany w nieobecności lub bez wiedzy lekarza ordynującego. W obec oskarżenia, skierowanego przeciw lekarzowi, powinien znawca sądowy przedewszystkiem zażądać od obwinionego dokładnego opisu rzeczy, celem przekonania się, czy tenże wykroczył przeciw zasadom antyseptyki. Pomimo to zadanie główne zawsze pozostanie trudném, a mianowicie zadanie znawcy wykazania związku przyczynowego, a ponieważ większa część lekarzy sądowych ukończyła nauki lekarskie przed wprowadzeniem antiseptyki, ponieważ nadto skazanie lekarza pociąga za sobą szkodę materyjalną dla niego, a nadto moralną nie tylko dla niego ale dla całego stanu lekarskiego, więc autor oświadcza się za potrzebą zasięgnięcia opinii Wydziału lekarskiego już w śledztwie wstępném. (*Viertelj. f. gerichtl. Medicin* 45 Bd. 1 Hft. 1886, Juli).

(Z wnioskiem końcowym autora zgadzamy się najzupełniej, jednak nie z powodów przez niego podanych, lecz dlatego, że w ogóle nie wypada jednemu lub nawet dwom lekarzom wydać sąd o postępowaniu lekarskiém kolegi. Nie rozchodzi się tu atoli o względy koleżeńskie, bo przecież lekarz zasiadający na ławie przysięgłych nie będzie się wahał sądzić lekarza, obwinionego o czyn jakiś karygodny. Ale rozchodzi się o umiejętne ocenienie postępowania czysto lekarskiego, do czego znawca lekarski najczęściéj wcale nie jest kompetentnym. Wiemy z doświadczenia, że w zwykłych stósunkach, zwłaszcza na prowincyi, lekarz sądowy może być powołany przez Sąd do wydania orzeczenia w przypadku, gdzie obwiniony jest o wadliwe leczenie lekarz starszy i doświadczeńszy od lekarza sądowego; byłoby to zarozumiałością, gdyby młodszy lekarz, który dopiero co opuścił ławy szkolne, zasiadł do sądu nad kolegą starszym; to też w takich przypadkach sąd ostry okazuje się następnie

jako nieuzasadniony. O wiele właściwszą jest rzeczą, aby znawcy w takich razach uznali się odrazu niekompetentnymi i zażądali zasięgnięcia orzeczenia Wydziału lekarskiego, który mając w gronie swojém reprezentantów wszystkich gałęzi lekarskich, sprawę oceni należycie, a przedewszystkiem bez uprzedzenia. *Sprawozd.).* *L. B.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Isze zwyczajne naukowe posiedzenie Sekcyi lwowskiéj z dnia 9 Stycznia 1866.

Obecni: Przewodniczący kol. Merunowicz i 27 członków.

1) Kol. Mehrer przedstawia dwóch chorych, a mianowicie:

1) Chory z *Cysticercus* w skórze. Chory ten 11-letni chłopiec, był w szpitalu izraelickim dwa razy, a teraz przybył po raz trzeci. Przed 2ma laty, kiedy był pierwszy raz w szpitalu, okazywał bardzo bolesny guzek wielkości grochu w okolicy łokcia prawego. Guzek ten wyjęto i nieba dano jego treści. W lecie roku przeszłego przybył do szpitala po raz drugi z guzkiem téj saméj wielkości także bardzo bolesnym w skórze pod prawym obojczykiem. Tym razem przecięto guzek, który przedstawił się jako pęcherzyk wypełniony cieczą jasno-żółtawą. W cieczy téj stwierdził kol. Feigel badaniem drobnowidowém obecność *Cysticerci cellulosae.* Teraz pojawił się u chorego trzeci taki sam guzek, jak dawniejsze, ale znowu na innem miejscu, bo w skórze szyi, w okolicy rożka kości gnykowéj po stronie prawéj. Zastanawiając się nad przyczyną owego *cysticercus* i nad kwestyją leczenia tego przypadku, przedstawia kol. M. chorego, jako ciekawy i rzadko napotykany przypadek.

2) Drugi przypadek, mężczyzna około 37 lat liczący, stanowi także, acz nie ciężki ale ciekawy i rzadki przypadek chorobowy. Chory ten stracił bez bólu, bez *caries* itp. przyczyn w przeciągu 3 tygodni (przed 2 laty) wszystkie zęby szczęki górnéj. Zęby tak się chwiały, że chory mógł sobie sam jeden po drugim wyjąć, i istotnie wyjął je sobie nie doznając żadnego bólu. Chory cierpi teraz *„neuralgiam trigemini“* a nadto żrenica lewa jest mocno rozszerzona i na światło nie oddziaływa. (Stanu wzroku ani stanu głębi oka l. kol. M. nie podaje). Przeciw nerwobólowi n. troistego stósowano wszelkie zalecane środki i sposoby lecznicze, lecz bezskutecznie. Kol. M. sądzi, że musi tu być przyczyna nerwobólu w ośrodkach nerwowych i że musi zachodzić jakiś związek między owym nerwobólem a utratą zębów szczęki górnéj przed dwoma laty. Zęby szczęki dolnéj są wszystkie zachowane i zdrowe. W literaturze znalazł kol. M. tylko jeden podobny przypadek opisany przy ataksyi ogólnéj przez Dra de Manche.

II. Następnie rozpoczyna kol. Seifmann dyskusyję nad metodą zapobiegawczego leczenia wścieklizny u ludzi po ukąszeniu, podaną przez Pasteura.

(Dyskusyja ta będzie zamieszczoną w streszczeniu w *„Przeglądzie Weterynarskim“).* *Dr. Wiktor.*

V. Billrotha Aforyzmy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

Nie wchodząc w kwestyję, będącą także na porządku dziennym, czy wykształcenie w szkole realnéj wystarcza dla kandydata medycyny, i pozostawiając rozstrzygnięcie jéj pedagogom, B. poczytuje znajomość języka łacińskiego i greckiego jako niezbędną; daléj uważa za potrzebne główne zasady artymetyki, geometryi i fizyki, podczas gdy wykład chemii należy pozostawić wyłącznie uniwersytetowi. Sąd jego o naukach przyrodniczych podaliśmy już wyżéj. W ogóle błędném jest mniemanie, że ten tylko jest człowiekiem wykształconym, który bardzo dużo się uczył; nierównie ważniejszą jest rzeczą, umieć szybko i różnorodnie obchodzić się ze swoją wiedzą. Z doświadczenia własnego podaje spostrzeżenie, że u uczniów niemieckich, a mianowicie u średnio uzdolnionych, istnieje niezdolność reprodukowania tego, co się słyszało; jest to wada narodowa niemiecka, od któréj inne narody są wolne; a przecież jest to okoliczność ważna, bo cała metodyka nauki uniwersyteckiéj polega na ścisłém pojmowaniu tego, co się spostrzegało i słyszało, a ponieważ w klinice, ograniczonéj do istniejącego materyjału demonstracyjnego, wykład systematyczny całéj materyi jest niemożebny, więc punkt ciężkości pracy u medyków leży w pracy domowéj, a uczeń, który w domu nie wprowadza w ład tego, co widział i słyszał, nigdy nie osiągnie jasnego poglądu na całość medycyny, choćby nawet uzyskał stopień doktora wszech nauk lekarskich. Godziny kliniczne podobne są do wycieczek botanika z uczniami bez wykładu systematycznego; profesor uniwersytetu daje tylko wskazówki, przedstawia okazy, rzeczą ucznia jest uporządkować wszystko, co widział i odtworzyć nie tylko to, co widział i słyszał, ale i to, czego w domu się wyuczył. Kto czuje się przeciążonym obecnemi wymogami uniwersytetu, jest tylko za słabym do dźwigania ciężaru; ten powinien obrać zawód lżejszy.

Po tych uwagach przechodzi B. do utyskiwania nad niepilnością uczniów; z 450 uczniów, zapisanych na jego klinikę w półroczu letniém, zaledwie 50—60 uczęszczało regularnie, a więc 12—15%, a z tych wielu czyta gazety, a wielu ani słowa nie rozumie z jego wykładów! Nie służba wojskowa ani przygotowanie do 1go rygorozum są tego przyczyną, jak niektórzy sądzą, lecz brak surowego wychowania u dobrodusznéj ludności austryjackiéj, niedostateczne wpajanie poczucia obowiązku i odpowiedzialności. Ztąd pochodzi, że młodzież austryjacka nie dojrzała do owéj miary wolności uczenia się, jaka istnieje w naszych wszechnicach, i dlatego obok ścieśnienia téj swobody potrzeba koniecznie, aby wychowanie domowe stało się surowszém.

„Wolność nauczania“ nie podlega żadnemu zarzutowi; jest téż ona w uniwersytecie ograniczoną co najwięcéj przepisami formalnemi, jak np. ile godzin profesor obowiązany jest wykładać itd. Inaczéj się ma rzecz z wolnością uczenia się, bo tu zachodzi pytanie, czy wypada uczniowi pozostawić nieograniczoną swobodę uczęszczania na rozmaite przedmioty w porządku, jaki sam sobie ze szkodą własną oznacza i słuchania jednych wykładów a pomijania drugich? B. dawniéj był za tą swobodą nieograniczoną, rząd atoli sam zaprowadził pewne ograniczenia, o ile włożył na ucznia obowiązek uczęszczania na medycynę przez lat 5, przez 10 godzin co najmniéj tygodniowo, a jakkolwiek porządek i kolej, w jakiéj winien słuchać przedmiotów, nie zostały z góry oznaczone, to przecież każdy uczeń wykazać się musi, że przez 2 półrocza brał udział w ćwiczeniach sekcyjnych, że przez 4 półrocza uczęszczał na klinikę wewnętrzną i chirurgiczną, a przez 1 półrocze na okulistyczną i położniczą. Trudno wprawdzie pojąć, dlaczego nie zostały równocześnie uznane jako obowiązkowe wykłady z anatomii opisowéj i patologicznéj, fizyjologii, farmakologii, medycyny sądowéj? Jako następstwa téj zbytniéj wolności, którą tchnie ustawa z r. 1872 poczytuje B: olbrzymie powiększenie się liczby uczniów, a przytém próżne sale wykładowe, egzaminy liche, małe wykształcenie lekarzy, brak lekarzy na prowincyi i w okolicach górskich, a przepełnienie w miastach większych. Dalszą wadą téj ustawy jest pozwolenie uczniom złożenia pierwszego rygorozum po 2 latach, przez co nauka zostaje przerwaną, a po ukończeniu 5lecia studenci *ex offo* puszczają w niepamięć anatomiję, fizyjologiję, fizykę i chemiję.

Wypadałoby, jak w Prusiech, jeszcze raz egzaminować ze wszystkich przedmiotów; u nas atoli egzaminy w porównaniu z pruskiemi i szwajcarskiemi są za łatwe. Potrzeba więc wielka zachodzi przejrzenia przepisów o rygorozach i ścieśnienia wolności uczenia się.

Po tych uwagach wstępnych przystępuje B. do kwestyi, która skłoniła go do wystąpienia ze swym epilogiem, i traktuje ją w rozdziale pod napisem „Potworna frekwencyja na Wydziale lek. wiedeńskim". Potworną istotnie jest liczba uczniów, która przeszłéj zimy doszła prawie do 2.700. Trzecią część téj liczby stanowili Węgrzy, obcokrajowych było 170; na Przedlitawiję przypada około 1.600, a pomiędzy nimi największe cyfry przypadają na Austryję dolną, Czechy, Morawiję i Galicyję. Autor otwarcie przyznaje, że jakość profesorów i zakładów nie wpływa znacznie na to wzmożenie się liczby uczniów, bo w takim razie zmniejszenie się liczby w latach 1872—1879 świadczyłoby źle o profesorach i zakładach; tak np. podaje autor, że gdy w r. 1860 razem z Griesingerem powołany został do Zurychu, mieli w pierwszém półroczu po 10 słuchaczów w klinikach, a w pierwszych 3 latach dochód z praktyki obydwom nie wystarczył na śniadanie; po 6—7 latach mieli już do 100 uczniów i wcale przyzwoity dochód z praktyki, ale po ich odejściu liczba uczniów jeszcze się wzmogła. — Jak tam, tak wszędzie wzrost liczby uczniów zależy od stosunków politycznych i narodowych, od powiększenia się ludności, majątku narodowego, od środków komunikacyjnych itd. Natomiast jakość profesorów i zakładów wpływa na jakość uczniów; im lepsi nauczyciele, im lepiéj uposażone zakłady, a głównie im mniejsza liczba uczniów, tém droższe wprawdzie, ale téż tém większe i pożyteczniejsze dla państwa postępy tych ostatnich. Cóż się zaś dzieje w obec takich stosunków, jakie obecnie istnieją w Wydziale lek. wiedeńskim? Otóż co najwięcéj asystenci, pomocnicy i najpilniejsi z uczniów kształcą się należycie; natomiast co półrocze powtarza się to zjawisko, że z początku sale są przepełnione, a szybko nastają pustki, pomimo że dwa razy tyle jest zapisanych uczniów, ilu sale pomieścić mogą. Studenci zabijają czas przesiadywaniem po kawiarniach, bilardem lub skatem, lub też przypatrywaniem się przechodzącym. A jaki smutny widok przedstawiają rygoroza? Kandydaci uczą się z podręczników, a nawet tylko z ich wyciągów, wybębniając pytania w urnie się znajdujące; przy egzaminach praktycznych puszczają się na los szczęścia, a wtedy jeszcze najwięcéj przepada; o przyswajaniu sobie zapatrywań indywidualnych profesora mowy już wcale nie ma. Z drugiéj strony i profesor sam, zmuszony co tydzień egzaminować 10—12, czasem 20 kandydatów i odbycia 50—60 kolokwijów pod koniec półrocza podupada cieleśnie i umysłowo.

A pomimo to wszystko wielu chlubi się tém zjawiskiem i sprzeciwia usunięciu onego. Z braku znajomości rzeczy lub umyślnie mięszają oni atoli liczbę uczniów i liczbę lekarzy zagranicznych, którzy Wiedeń jeszcze uważają za *Ecole de perfection*, więcéj niż Berlin, Paryż i Londyn; przybywają oni z Ameryki, Anglii, Brazylii, Włoch, Rumunii, Grecyi, Rosyi, Szwecyi, mniéj z Niemiec, Francyi, Hiszpanii itd.; liczba ich wynosi rok rocznie 2—300; jednakowoż ci lekarze w spisie uczniów albo wcale nie figurują, albo co najwięcéj jako słuchacze nadzwyczajni, mało miejsca zajmują w salach wykładowych, dla nich odbywają się kursy osobne, dlatego ich obecność nie ma nic wspólnego z właściwemi wykładami szkolnemi. Że i studenci biorą udział w tych kursach, chcąc w krótkim czasie nabyć wiadomości do egzaminów, jest wprawdzie rzeczą nieodpowiednią, ale zawsze lepiéj, żeby się czegoś przynajmniéj nauczyli. (Dok. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* **Cholera** złagodniała w Budapeszcie i ustała prawie w Tryjeście i Krainie. Natomiast według ostatnich wiadomości wybuchła w Szegedynie.

* **Wiedeń**. W półroczu letniém 1886 zapisanych było na uniwersytet 5358 uczniów, a mianowicie: teologów 220, prawników 2,105; medyków 2289; filozofów 744. Z uczniów medycyny było 2147 zwyczajnych a 142 nadzwyczajnych; na 2147 zwyczajnych było 641 uczniów z Węgier, 292 z Galicyi, 259 z Austryi dolnéj, 249 z Morawy i 209 z Czech.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 19—25 września umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27·5. Z płonicy umarło 1 (2 z. t.); z dławca i błonicy 1 (4 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 2 płonicy. W tygodniu od 12—18 września umarło z ospy: w Warszawie 3, w Wiedniu, w Budapeszcie 32; w Rzymie 2, w Paryżu 1. Z duru osutkowego umarło: w Petersburgu 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 6, w Paryżu 16, w Londynie 14, w Petersburgu 5. Z odry umarło: w Paryżu 9, w Londynie 11, w Petersburgu 8. Z płonicy umarło: w Budapeszcie 15, w Londynie 16, w Petersburgu 13, w Odesie 14. Z błonicy i dławca umarło: w Warszawie 11, w Berlinie 33, w Paryżu 14. Z krztuśca umarło: w Paryżu 8, w Londynie 18, w Petersburgu 7.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 12—18 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,4; we Lwowie 26,0; w Brodach 40,7; w Drohobyczu 35,8; w Kołomyi 24,4; w Przemyślu 33,6; w Stanisławowie 43,3; w Tarnopolu 36,8; w Tarnowie 30,6; w Czerniowcach 20,4; w Warszawie 28,2; w Poznaniu 28,2; w Wiedniu 21,6; w Salcburgu 9,8; w Gracu 29,1; w Tryjeście 56,6; w Insbruku 26,1; w Pradze 31,3; w Bernie 28,6; w Ołomuńcu 23,0; w Budapeszcie 34,6; w Berlinie 36,1; we Wrocławiu 42,4; w Gdańsku 29,0; w Dreźnie 32,8; w Hamburgu 36,2; w Kolonii 31,3; w Lipsku 23,8; w Mnichowie 38,2; w Strasburgu 39,9; w Amsterdamie 25,9; w Bazylei 14,7; w Brukseli 23,8; w Chrystyjanii 21,4; w Genewie 15,1; w Kopenhadze 33,5; w Londynie 17,6; w Odesie 23,2; w Paryżu 21,5; w Petersburgu 25,4; w Rzymie 24,0; w Stokholmie 17,5; w Wenecyi 27,9; w Zurychu 11,9. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 października. Wedle programu odbyło się wczoraj uroczyste otwarcie roku szkolnego. Po nabożeństwie w kościele św. Anny Rektor i profesorowie udali się do amfiteatru nowodworskiego, gdzie tymczasem zeszli się oprócz młodzieży akademickiéj, goście zaproszeni, pomiędzy którymi znajdowali się ks. biskup krakowski, ks. biskup Krasiński, prezes Akademii Umiejętności itd. Po zdaniu sprawy z prac dokonanych w roku ubiegłym przez ustępującego rektora przemówił rektor prof. Tarnowski a następnie miał odczyt z literatury polskiéj.

* Proff. Domański i Pareński powrócili do Krakowa.

* W ostatnim numerze Časop. lek. česk. docent Dr. Chodounský zestawia prace ogłoszone przez członków Wydziału lekarskiego czeskiego od r. 1883; (prac tych jest przeszło 150), i odzywa się do młodszych kolegów zachęcając ich do gorliwéj pracy.

* **Wiedeń**. Mianowany radcą sekcyjnym w Ministerstwie spraw wewn., Dr. Kusy z Berna morawskiego, desygnowany jest jako następca radcy dworu Dr. Schneidera, który zamierza przejść w stan spoczynku.

Z powodu silnych boleści musiano wykonać u prof. Arlta amputacyję w środkowéj $^1/_3$ części uda; operacyję uskutecznił

prof. Dittel po naradzie z prof. Albertem. Niestety pokazało się śród operacyi, że *Endophlebitis* i *Endarteriitis* daléj posunęły się były, aniżeli przypuszczano, tak że pomyślnego skutku spodziewać się nie można. (*W. med. Woch.*).

Starszy lekarz sztabowy Dr. Albert Michaelis przeniesiony w stan spoczynku otrzymał rangę jeneralnego lekarza sztabowego i order korony żelaznéj 3éj kl. w uznaniu zasług położonych na swém stanowisku.

Na pierwszém tegoroczném posiedzeniu Rady państwa poseł Roser i towarzysze przedłożyli wniosek względem ustanowienia w Wiedniu państwowego Urzędu zdrowia.

Niezadługo ma być zwołaną w Ministerstwie Oświecenia ankieta celem zastanowienia się nad reformą studyjów uniwersyteckich

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Drowie Israi i Bakó potwierdzeni zostali jako docenci, pierwszy laryngologii, ostatni chirurg. chorób dróg moczowych. — **Petersburg.** Docent w Akademii wojenno lekarskiéj Dr. Pöhl otrzymał tytuł honorowego profesora chemii lekarskiéj.

* **Wiadomości osobowe.** Starszym lekarzem w armii czynnéj mianowany został Dr. Izydor Aschkenazy z Krakowa, lekarzami asystentami zaś Drowie Józef Friedberg i Franciszek Sroczyński w Krakowie.

* **Nekrologija.** W Birmingham umarł znakomity chirurg Józef Sampson Gamgee, urodzony we Florencyi w r. 1828. Młodszy brat zmarłego, Artur G., jest profesorem fizyjologii w Manchestrze. — W Lubece umarł z pyemii prymaryjusz oddziału chirurgicznego Dr. Hinkeldey.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 40: Dunina: Parę uwag o przebiegu zap. opłucnéj u suchotników; Matlakowskiego: 36 przypadków przetok moczowych (c. d.); Zabłudowskiego: Przyczynki do leczenia za pomocą mięsienia (c. d,). — W *Medycynie* Nr. 40: Odczyty z terapii w szpitalu Cochin w Paryżu Dujardin-Beaumetza: O pożywieniu niedostateczném i higijenie żywienia w otyłości; Prusa (z kliniki prof. Korczyńskiego): Kilka uwag o zachowaniu się krwi bielicowéj. (dok.). — W *Przeglądzie weterynarskim* Nr. 10: Boczkowskiego: Liszaj wyłysiający (dok.); Sikorskiego: Zgrubienie zastawki Bauhiniego przyczyną kolki śmiertelnéj.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Adolf BAGINSKY: Wykład chorób dzieci, tłum. przez Dra W. Kosmowskiego, Tom II, Warszawa 1886.

Sprostowanie. W Nrze 30, str. 489, szp. II. wiersz 15 i 16 od góry wypuścić należy: „pod mianem kolloidu".— W Nrze 40, str. 498, szp. I, wiersz 9ty od góry po wyrazie „podniebiennego" opuszczono: „(któreto gałązki widzieliśmy również lecz nie uwzględniliśmy wśród drażnienia elektrycznego z powodu ich wątłości").

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.